

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

286

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 mars 1901, à 1 heure

Par VICTOR NEUMAGER

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord) le 5 février 1874.

LES

SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES

DANS LES

PNEUMONIES GRIPPALES

Président : M. LANDOUZY, professeur

*Juges { MM. NETTER, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

1902

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue par le Docteur J. L. ROYER

Docteur en Médecine

à la Faculté de Médecine de Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

L. ROYER

DE MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

1902

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 mars 1901, à 1 heure

Par VICTOR NEUMAGER

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord) le 5 février 1874.

LES

SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES

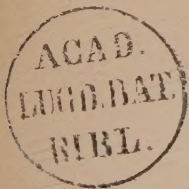
DANS LES

PNEUMONIES GRIPPALES

Président : M. LANDOUZY, professeur

Juges { MM. NETTER, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et MERY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs	M. BROUARDEL MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pat ologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINET
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de profonde reconnaissance
et de filiale affection.*

A MA SCEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

382
A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE RENNES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

LES
SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES
DANS LES
PNEUMONIES GRIPPALES

INTRODUCTION

La grippe est actuellement une maladie bien connue dans sa marche et ses modalités cliniques; elle est entrée dans le domaine médical et personne n'oserait plus écrire avec Broussais : « La grippe est une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients, qui n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ».

De tous les organes atteints par la grippe, c'est sans contredit l'appareil respiratoire qui l'est le plus.

Toutes les formes possibles de désordre du côté des poumons, des bronches, de la plèvre ont été décrites. Laryngites, bronchites, bronchites capillaires, pneu-

monies, pleurésies, broncho-pneumonies, gangrènes pulmonaires, ont été rencontrées.

Depuis la thèse très documentée de M. Ménétrier, en 1887, sur la grippe et la pneumonie, thèse dans laquelle il établit définitivement la part qui revient au bacille de Pfeiffer et au pneumocoque de Talamon-Fraenkel dans la pneumonie grippale, plusieurs autres thèses ont été faites sur le même sujet. Dans aucune d'elles nous n'avons trouvé étudiés les signes pseudo-cavitaires que l'on peut voir se développer au cours de ces pneumonies grippales, signes que nous avons trouvés décrits dans les auteurs et dont nous avons observé deux cas.

Les signes pseudo-cavitaires ont été signalés depuis longtemps dans les pneumonies ; Grisolle, dont le nom est inséparable d'une étude sur la pneumonie, en parle dans son ouvrage de 1864.

Les signes pseudo-cavitaires au cours des pneumonies lobaires aiguës peuvent quelquefois au premier abord faire penser à des cavernes ; ils peuvent encore bien plus facilement induire en erreur quand ils se développent au cours de pneumonies grippales dont le début parfois insidieux, les allures non franches, la température irrégulière, la convalescence lente, l'asthénie post-grippale, les sueurs abondantes, la dénutrition parfois rapide, l'amaigrissement, rappellent la tuberculose.

La connaissance de ces faits est extrêmement importante, parce qu'elle permet d'éviter de grandes erreurs de pronostic. (Huchard).

Nous diviserons notre étude en quatre parties.

Dans la première partie, nous rappellerons les symptômes des cavernes ; dans la seconde, ceux des hépatisations.

Dans le troisième chapitre, nous verrons quelles sont les hépatisations dans lesquelles on peut trouver des signes pseudo-cavitaires. Enfin dans le quatrième, nous étudierons les symptômes et les moyens sur lesquels on peut le plus généralement s'appuyer pour affirmer que l'on est en présence d'une pneumonie grippale et de signes pseudo-cavitaires et non de véritables cavernes tuberculeuses.

Mais avant d'entrer dans le plein de notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici nos maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes.

MM. les docteurs Delacour, directeur honoraire de l'Ecole de médecine et Aubrée nous initièrent les premiers aux difficultés du début ; MM^{rs} les docteurs Bertheux, Dayot, Lemoniet, Follet, Bodin, nous ont guidé au lit du malade et nous ont permis de profiter de leur enseignement clinique. Que tous veuillent bien agréer nos hommages et l'assurance de notre vive gratitude.

M. le D^r Perret nous a appris l'art des accouchements.

Nous n'oublierons jamais, qu'avec son enseignement méthodique, il nous donna à plusieurs reprises les marques de sa confiance. Nous sommes heureux de l'en remercier et de l'assurer de notre reconnaissance.

Nous remercions bien sincèrement M. le D^r Le Damany, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de

Rennes qui nous a inspiré notre sujet de thèse et qui nous aida largement de ses précieux conseils.

Nous prions M. le Dr Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Landouzy qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne recevoir l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

Symptômes des cavernes.

M. le professeur Jaccoud a proposé de donner le nom de *signes cavitaires* à l'ensemble des phénomènes d'auscultation qui révèlent à l'observateur l'existence d'une cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire, quelle que soit d'ailleurs l'origine de l'excavation. Les trois principaux signes cavitaires, tous les trois découverts par Laënnec sont : la respiration caverneuse, le gargouillement et la pectoriloquie.

A ces signes essentiels, on en a ajouté d'autres moins importants, mais qui présentent cependant un certain intérêt et que nous allons étudier.

Pour percevoir ces signes on peut avoir recours à l'inspection, à la palpation, à la percussion et à l'auscultation de la poitrine.

I. — INSPECTION

L'inspection thoracique permet parfois de constater en cas de cavernes du sommet, *une dépression sous*

claviculaire unilatérale. Cet affaissement du thorax est dû à une ancienne caverne tuberculeuse du poumon qui s'est terminée par la cicatrisation et par rétraction lente de ses parois. La pression atmosphérique joue peut-être aussi un rôle dans la production de cet affaissement. « Ce symptôme ne se produit, dit M. le Dr Faissans, que dans la phtisie chronique à marche très lente, dans laquelle les tubercules sont associés à des lésions de pneumonie fibreuse qui produisent à la longue une sorte de ratatinement du lobe supérieur en même temps que la pleurésie chronique sèche qui l'accompagne aboutit à la formation d'adhérences épaisses et résistantes ».

Cette dépression sous-claviculaire unilatérale aurait une grande valeur d'après MM. Cornil, Hérard et Hanot.

L'inspection permet aussi de constater *l'immobilité* presque absolue des côtes supérieures dans les mouvements respiratoires et au contraire les excursions respiratoires successives dans les parties inférieures du thorax.

Chez les phtisiques, toutes ces particularités sont d'autant plus faciles à constater que les muscles trapèze et pectoraux ont subi un amaigrissement notable et parfois même une véritable atrophie, comparée par M. Desplats à celles des muscles qui avoisinent une articulation malade, et due, soit à un trouble trophique réflexé, soit à de véritables névrites comme le pensent MM. Grancher et Hutinel, étant donnée la fré-

quence des névralgies intercostales supérieures chez les phthisiques.

II. — PALPATION.

La palpation permet de constater, au niveau des cavernes, *une augmentation des vibrations vocales*. C'est là une loi générale qui souffre peu d'exception et dont la connaissance est d'une importance capitale pour le diagnostic des cavernes avec le pneumothorax où le frémus vocal est aboli. Il est vrai que l'on peut constater l'abolition des vibrations vocales dans des cas où une caverne, par sa grandeur et la minceur de ses parois, se rapproche d'un pneumothorax limité. D'un autre côté, on peut sentir dans certains pneumothorax la paroi vibrer, soit parce que des adhérences partielles du poumon transmettent les vibrations à tout un côté de la poitrine, soit parce que les vibrations exagérées du côté sain se transmettent au côté malade. (M. Grancher).

Mais ces deux cas sont si rares que l'on peut considérer comme très grande la valeur de ce signe différentiel entre les cavernes et le pneumothorax.

L'augmentation des vibrations thoraciques au niveau des cavernes est due à la condensation du parenchyme pulmonaire et à la densité des adhérences pleurales autour de ces excavations.

II. — PERCUSSION.

La percussion du thorax, à l'état physiologique, donne naissance, sur tous les points où la paroi est en rapport immédiat avec le poumon, à un bruit que Piorry appelait le « *son pulmonal* ».

Au niveau des caverres, tantôt le son de percussion est obscur ou mat ; tantôt il est exagéré, tympanique ; tantôt il est métallique ou amphorique ; tantôt enfin il offre les caractères du bruit de pot fêlé.

1°) *Matité*. — On observe une *matité complète*, quand des adhérences pleurales épaisses coiffent le poumon ou quand la sclérose avec anthracose forme une enveloppe très dure et très large au tour de l'excavation.

2°) *Son tympanique*. — Lorsque les conditions précédentes l'ont défectueuse, la percussion de la cavité fournit un *son normal* si l'excavation est petite et un *son tympanique* si elle a les dimensions suffisantes. Quelle que soit la région où l'on observe le son de percussion tympanique, celui-ci est toujours dû à la présence de cavités qui contiennent de l'air ou du tissu pulmonaire en état de relâchement.

Skoda et surtout Wintrich ont étudié avec une minutie spéciale les lois acoustiques qui régissent le son tympanique obtenu au niveau des cavités sous-jacentes. C'est dans ces conditions surtout que l'on constate la *relation incontestable qui existe entre le son de percussion tympanique et un ton musical* ; et, si au lieu

d'une cavité close de toutes parts, il s'agit d'un espace communiquant librement avec l'extérieur, la hauteur du son de percussion est dès lors soumise aux principes admis pour les tuyaux fermés à l'une de leurs extrémités.

Wintrich a admirablement étudié le son caverneux tympanique. « *La tonalité de ce son est facile à déterminer et à saisir pour l'oreille. Ce fait le rapproche du ton musical et le sépare du bruit.* »

« *La tonalité du son tympanique est en raison inverse de la longueur de la colonne d'air* (le son est d'autant plus aigu que la colonne d'air est plus courte) *et en raison directe du diamètre de l'ouverture* (le son est d'autant moins élevé pour la même cavité ouverte que l'ouverture de celle-ci est moins large) ».

D'après Skoda, pour que le son tympanique puisse être perçu, il faut que la caverne ait les dimensions d'une grosse noix, à moins qu'il n'existe un agrégat de plusieurs excavations de petit volume.

Les signes de percussion qui décèlent une caverne consistent essentiellement en ce qu'on nomme le changement de son. Si celui-ci manque, le diagnostic ne peut être posé, on ne peut l'établir qu'avec les caractères de l'expectoration. Or, des causes même du *changement de son*, il résulte que celui-ci n'est souvent que transitoire, de sorte que le diagnostic des cavernes demeure fréquemment en suspens.

α). — Le son tympanique cavaire est susceptible de disparaître complètement ou partiellement et de réapparaître ensuite à plusieurs reprises, dans le cours

d'une même journée. Sa disparition est due à ce que la caverne s'est remplie de sécrétions liquides. Le son tympanique réapparaît lorsqu'une abondante expectoration vide la caverne et que le contenu liquide est remplacé par un contenu gazeux.

β). — Dans les inspirations profondes, la hauteur du son tympanique s'élève ; elle s'abaisse pendant l'expiration. Cette modification est due à la plus ou moins grande tension des parois de la cavité sous l'influence de l'inspiration ou de l'expiration.

γ). — Le son tympanique cavitaires s'élève quand la bouche est ouverte et s'abaisse quand la bouche est fermée. Wintrich qui a donné ce signe, explique ainsi le phénomène : « La bouche forme une boîte de résonance qui renforce surtout les sons qui se rapprochent le plus de sa tonalité propre ; or, suivant qu'elle est fermée ou ouverte, elle est accordée pour des sons différents ; ouverte, elle s'accorde avec les tons aigus ; fermée, elle s'accorde avec les tons graves. »

δ). — Gerhardt a fait remarquer que le signe de Wintrich peut disparaître ou réapparaître suivant l'attitude du malade ; ce qui s'explique par la situation de l'orifice bronchique de la caverne. Dans certaines attitudes le liquide de la caverne bouche l'orifice, et le signe de Wintrich ne peut plus être perçu. Pour que l'interruption de la variation de tonalité de Wintrich puisse s'observer, il faut que le liquide contenu dans la caverne soit mobile et pas trop visqueux.

ε). — Si l'on percute une caverne sans tenir compte de l'ouverture ou de la fermeture de la bouche, on cons-

tate parfois que la hauteur du son tympanique varie suivant la seule attitude du malade. C'est le *signe de Gerhard*t pathognomonique d'une caverne quand le son est plus grave dans la position assise que dans la position couchée.

3°) *Son amphorique ou à consonnance métallique*.— Parfois, au niveau d'une caverne, le son obtenu par la percussion ressemble à celui qu'on produit en choquant une cruche vide, c'est le son amphorique. D'après Wintrich, pour que ce son se produise, il faut que l'orifice de la caverne soit plus étroit que le corps de cette cavité ; Il faut que la caverne soit grande et que son grand diamètre atteigne au moins six centimètres ; il faut que ses parois soient lisses, superficielles et résistantes.

En même temps que le son amphorique, on peut percevoir le *bruit d'airain* de Trousseau, comme dans le pneumothorax.

4°) *Bruit de pot fêlé*. — Pour produire le bruit de pot fêlé, découvert par Laënnec, il faut une percussion forte et brusque ; il faut aussi que le thorax soit arrêté en expiration et que la bouche soit ouverte.

M. Grancher fait remarquer qu'il est plus facile à obtenir, si, avant de percuter, on fait faire au malade deux ou trois grandes respirations.

Le bruit de pot fêlé est déterminé par l'échappement saccadé de l'air contenu dans la caverne à travers un orifice bronchique rétréci.

Quand on le perçoit au niveau d'une caverne, le bruit de pot fêlé indique que celle-ci est grande, pleine d'air,

superficielle et qu'elle communique avec les bronches par un orifice étroit. Le bruit de pot fêlé est d'autant plus fort que le thorax est plus amaigri.

Les auteurs anglais attribuent à ce signe une signification pronostique fâcheuse et l'appellent « *Bruit de Moribond* ».

Le bruit de pot fêlé n'est pas pathognomonique d'une caverne pulmonaire. Il peut se rencontrer dans le *pneumothorax*; il peut accompagner le *Skodisme sous claviculaire de la pleurésie ou de la pneumonie*.

Chez les individus très maigres, on peut obtenir en une zone circonscrite de la poitrine (espace interscapulaire droit contre le rachis) le son tympanique bronchique sans lésions des voies respiratoires. Ce son peut s'accompagner de modifications de matité, symptôme qui se montre le plus souvent dans ces cas sous les formes du « *Son trachéal de Williams* ».

Cette forme de son tympanique existe d'ordinaire limitée aux premiers et deuxièmes espaces intercostaux, les conditions nécessaires à sa production se produisant quand le parenchyme pulmonaire est privé d'air, de sorte que l'ébranlement provoqué par la percussion se propage à travers le parenchyme solide jusqu'à la grosse bronche et provoque la vibration de l'air qu'il y rencontre.

L'atélectasie du lobe supérieur et ce phénomène se voient surtout en cas d'épanchements pleurétiques abondants, de tumeurs de la plèvre ou du médiastin, d'anévrysmes.

II. — AUSCULTATION.

1^o *Auscultation de la respiration.* — *Respiration caverneuse.* — Au niveau d'une caverne, l'auscultation permet d'entendre la respiration caverneuse. La respiration caverneuse est une variété de respiration bronchique ; elle est plus intense en général pendant l'inspiration.

Elle peut faire défaut, si la caverne est remplie de liquide ou si la bronche qui y aboutit est oblitérée par du muco-pus et dans ce cas, elle est remplacée par le silence respiratoire ; mais il est possible de la faire réapparaître en faisant tousser et expectorer le malade.

La toux a d'ailleurs l'avantage d'exagérer le timbre creux et un peu métallique qui est le caractère essentiel de la respiration caverneuse.

La respiration caverneuse peut faire défaut complètement. Lorsque la caverne est très considérable, qu'elle offre un orifice étroit, des parois lisses, dures, sèches et superficielles, la respiration caverneuse prend le caractère amphorique ou métallique comme on l'observe dans le pneumothorax. Elle donne à l'oreille la sensation que l'on souffle dans une cruche vide. La respiration amphorique s'observe lorsque le son de percussion possède lui-même le caractère métallique.

2^o *Auscultation de la voix et de la toux.* — La voix, auscultée au niveau d'une caverne, arrive à l'oreille

tantôt indistincte et confuse, tantôt nettement articulée.

Dans le premier cas, l'observateur perçoit un murmure indistinct, mais très fort, à timbre caverneux ; c'est la *bronchophonie caverneuse*.

Dans le second cas, il semble que le malade parle distinctement et directement à l'oreille de l'observateur ; c'est la *pectoriloquie* de Laënnec, considérée par les classiques comme pathognomonique de la caverne. M. Hirtz conteste la valeur de ce signe.

Pour que la pectoriloquie puisse se produire, il faut que la cavité soit assez grande et assez superficielle, que ses parois soient lisses et denses, qu'elle renferme très peu de liquide et que l'air puisse y circuler librement.

Quand le malade parle à voix basse, on peut obtenir la *pectoriloquie aphone de Bacelli*. La pectoriloquie aphone a moins de valeur comme signe cavitaire que la pectoriloquie simple.

M. Jaccoud a rencontré la pectoriloquie aphone dans un grand nombre d'excavations tuberculeuses ; mais il a rencontré le même phénomène dans de nombreux cas de *pneumonies franches*, dans *deux cas d'induration tuberculeuse des sommets*, dans *trois cas de pneumothorax partiels*.

M. Grancher signale la pectoriloquie aphone comme commune dans la spléno-pneumonie.

Bacelli fit de la pectoriloquie aphone un signe exclusif de la pleurésie. Bien plus, il affirma qu'elle n'existait que dans les épanchements séreux ou séro-fibri-

neux. N. Guéneau de Mussy, après avoir d'abord accepté les conclusions de Bacelli, signala un certain nombre de cas de pleurésies séro-fibrineuses où la pectoriloquie aphone n'existait pas et d'autres cas de pleurésies purulentes où elle existait.

M. le professeur Jaccoud l'a constaté également dans le cas de pleurésies purulentes multiloculaires et de pleurésies hémorrhagiques.

Bref, les affections pleuro-pulmonaires où la présence de la pectoriloquie aphone a été constatée, sont les plus nombreuses et les plus diverses. On ne peut donc pas se servir d'un signe aussi inconstant pour diagnostiquer une caverne.

A la voix caverneuse correspond la *toux caverneuse*. Au niveau des cavernes, la toux est retentissante ; elle éclate à l'oreille avec un timbre creux particulier ; l'oreille perçoit comme une sensation de déchirement pénible ou même douloureux.

Cette sensation est telle, dit M. Faisans, qu'il est difficile de s'y tromper et on peut dire, sans exagération, que la toux caverneuse, quand elle est bien prononcée, est le plus sûr de tous les signes cavitaires.

3° *Auscultation des bruits anormaux*. — Le *râle caverneux* accompagne ordinairement la respiration caverneuse ; il faut quelquefois pour le percevoir que le malade tousse ou respire fortement. C'est un râle humide, à bulles grosses, nombreuses, inégales. Il s'entend aux deux temps de la respiration, mais il est plus fort à l'inspiration. Les caractères de ce râle varient suivant l'excavation, la grosseur des bronches

qui y aboutissent, la réplétion plus ou moins grande de la caverne, la viscosité ou la fluidité du liquide intracavitaire.

Lorsqu'il est formé de bulles très grosses et très nombreuses, on lui donne souvent le nom de *gargouillement*.

On a aussi décrit un *râle cavernuleux*, symptomatique de petites cavernes.

Quel que soit son siège, qui est en général au sommet mais qui peut être rencontré partout ailleurs, le râle caveux comme le souffle indique presque toujours l'existence d'une cavité ; mais il ne renseigne en aucune façon sur l'espèce de cavité dont il s'agit. Cette partie du diagnostic ne peut être établie que sur des conditions étrangères à l'exploration physique du sujet.

Le râle caveux peut prendre le caractère *amphorique* ou *métallique*. Il coïncide avec la consonnance métallique du son de percussion et de la respiration caveuse.

Baäs a décrit, comme signe indiquant la présence des cavernes un bruit spécial auquel il donne le nom de *râle post-expiratoire*.

C'est un bruit qui est caractérisé de la manière suivante : « Une première série de râles expiratoires s'évanouit, il se produit une pause très nette quoique très courte, après laquelle apparaît une seconde série de râles expiratoires, absolument distincte elle aussi, des râles inspiratoires qui lui succèdent. »

Baäs admet que le *râle post-expiratoire* indique

l'existence des cavernes multiloculaires dont quelques loges se trouvent passagèrement obstruées par des sécrétions. Cette obstruction ne cesse qu'à la fin de l'expiration, par une sorte d'action rétroactive de ce temps respiratoire. Mais Guttman a observé le rôle post-expiratoire au niveau de vastes cavernes uniloculaires remplis d'abondantes sécrétions ; il suppose que le liquide ne revient pas immédiatement au repos et que quelques bulles crèvent encore après l'expiration.

Pour M. le professeur Jaccoud, la cavité ne peut être affirmée que dans les deux cas suivants :

1°) Réunion sur un point limité des signes qu'il appelle *cavitaires*, savoir : *souffle caverneux*, *voix caverneuse* ou *pectoriloquie*, *gargouillement par la voix* ou *par la toux*. De ces trois signes, le gargouillement est le moins trompeur, parce que les deux autres peuvent être produits par la simple condensation pleurétique, pneumonique ou tuberculeuse d'un lobe d'un poumon.

2°) Présence sur un point limité du souffle et de la voix amphorique avec ou sans tintement métallique.

Tel est l'ensemble des signes physiques qui révèlent l'existence d'une cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire.

CHAPITRE II

Symptômes des hépatisations.

Comme pour les cavernes pulmonaires, nous allons passer successivement en revue les signes fournis par l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation.

I. — INSPECTION DU THORAX.

Chez la presque totalité des individus atteints de pneumonie, on ne remarque rien dans la configuration de la poitrine. Les deux côtés du thorax, s'ils n'étaient déformés auparavant, restent parfaitement symétriques et quel que soit le siège de la maladie, ils se dilatent également dans l'inspiration.

Cependant, chez plusieurs malades chez lesquels la douleur pleurétique était excessivement vive, Grisolle dit qu'il lui a paru que le côté affecté se dilatait moins complètement que le côté sain. Mais cette différence qui était légère, cessait d'être remarquée dès que la douleur était devenue moins intense.

Broussais, au contraire, ne doutait pas qu'un pou-

mon enflammé dans sa totalité, pût dilater le côté correspondant de la poitrine.

Laënnec, qui, après avoir examiné les dimensions du thorax chez les pneumoniques, tant sur le vivant que sur le cadavre, n'avait jamais pu apercevoir le moindre degré de dilatation dans le côté affecté, combattit cette opinion de Broussais.

L'ampliation du thorax par l'effet d'une pneumonie simple est donc un cas exceptionnel. Woillez sur 23 sujets atteints de pneumonie, n'a trouvé chez 22 aucune différence.

Cependant on peut voir parfois une dilatation partielle ou même une dilatation totale du thorax chez des pneumoniques.

Grisolle a vu, au cours de pneumonies, de légères voussures qui s'étendaient de la première côte au mamelon, puis les creux sus et sous-claviculaires s'effacer pour réapparaître en même temps que les signes stéthoscopiques indiquaient que la pneumonie faisait des progrès vers la résolution.

Fearnside a cité également deux cas de pneumonies qui ont produit une voussure notable de la région sus-claviculaire ; et comme preuve de l'expansion subie par le poumon, on trouva à l'ouverture des cadavres, des sillons profonds creusés par les côtes supérieures sur la surface du poumon. (Grisolle, *La pneumonie*).

On trouverait plus fréquemment que l'ampliation de tout le côté correspond à la pneumonie. Mais on peut dire que l'inspection du thorax n'a aucune utilité dans le diagnostic des hépatisations.

II. — PÂLPATION.

La main appliquée sur la paroi thoracique d'un pneumonique perçoit généralement une augmentation des vibrations du côté malade.

Laënnec connaissait l'existence de ce signe physique, mais il ne lui attribuait qu'une médiocre importance dans le diagnostic des hépatisations.

Les modifications du frémus vocal marchent parallèlement avec celles du son. Les vibrations sont exagérées sur toute l'étendue du foyer d'hépatisation, mais cette exagération très marquée au centre du foyer devient de moins en moins manifeste à mesure qu'on explore des points plus rapprochés de la périphérie.

Enfin dans certaines formes de pneumonies, les vibrations vocales, au lieu d'être augmentées, sont diminuées ou même supprimées. Cette diminution ou même abolition des vibrations thoraciques peut se voir dans les cas de pleuro-pneumonie. Il n'est pas rare, en effet, que la pneumonie quand elle est superficielle, se complique d'épanchement pleurétique. Celui-ci est en général peu abondant, mais, à cause de l'incompressibilité du poumon hépatisé, il est obligé de s'étaler à la surface de cet organe sous la forme de lame plus ou moins épaisse. Cet épanchement, suffisant pour absorber en partie ou en totalité les vibrations vocales, ne s'oppose pas cependant à ce que l'oreille perçoive, avec quelques modifications, les signes propres de l'hépatisation.

Mais dans ces dernières années, M. le professeur Grancher a montré que la pneumonie à elle seule, sans intervention d'un épanchement pleurétique, était capable, dans certaines circonstances, de produire une diminution ou une abolition des vibrations vocales. Les vibrations vocales sont diminuées dans la *splenopneumonie* ; elles sont abolies dans la *pneumonie massive*.

On voit donc que l'augmentation des vibrations vocales dans les hépatisations n'existe pas toujours et que pour cette constatation ait de la valeur pour le diagnostic, il faut que ce signe soit contrôlé par les autres signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

III. — PERCUSSION.

La percussion fournit au diagnostic de la pneumonie des signes importants.

La pneumonie fibrineuse, transformant rapidement le parenchyme pulmonaire en un tissu compact et presque complètement privé d'air, se révèle à la percussion par une matité d'autant plus forte que l'infiltration est plus complète. Si la pneumonie est centrale ou éloignée de la surface, il se peut que la percussion reste muette comme les autres méthodes d'exploration d'ailleurs, et que l'on en soit réduit à formuler le diagnostic d'après les symptômes fonctionnels.

Mais il est rare que la pneumonie reste centrale pendant plus d'un jour ou deux; dès qu'elle atteint les couches superficielles du poumon, elle se révèle par

l'ensemble de ses signes physiques, et parmi eux figure en bonne place la diminution du son et le défaut d'élasticité de la paroi thoracique sous le doigt.

Entre ces deux périodes de pneumonie profonde et cachée et de pneumonie superficielle et accessible, il y aurait un moment où il serait possible, d'après M. le professeur Jaccoud, de constater un signe intéressant de percussion, *du tympanisme avec abaissement de la tonalité* (son plein des Allemands). « D'après mes observations, dit M. le professeur Jaccoud, le son tympanique est constant et peut persister de 24 à 30 heures, lorsque la pneumonie, tout en étant voisine de la surface, en est séparée par une couche de tissu sain ; dans ces conditions qui sont fréquentes au début, la palpation et l'auscultation peuvent être muettes et le tympanisme limité est le premier signe, le seul signe révélateur de l'exsudation ».(Jaccoud, *Path. int.* tome II).

La submatité qui caractérise la période d'engouement de la pneumonie confirmée et la matité qui coïncide avec la période d'hépatisation offrent toutes deux ce caractère de présenter leur maximum au centre du foyer morbide et de diminuer graduellement à mesure qu'on s'approche de la périphérie.

Il est rare que dans la pneumonie, la matité soit absolue « *tanquam percussi femoris* » ; cependant, dans certaines formes, dans la pneumonie massive notamment, le son est complètement aboli, comme s'il s'agissait de l'épanchement pleurétique le plus abondant.

La pneumonie lobulaire, quand elle est disséminée, donne lieu à de la submatité ou de la matité, au niveau de chacun de ses foyers, à la condition que ceux-ci aient une importance suffisante.

« Il est des cas où ce n'est pas, dit Grisolle, la nature du son plus ou moins clair, qui doit préoccuper ; il faut considérer surtout la sensation qu'on éprouve au bout des doigts qui percutent. Si, en effet, chez un sujet fortement musclé, on frappe le thorax au niveau des fosses sus et sous épineuses, on n'obtiendra pour l'oreille qu'un son obscur ou même presque mat ; cependant, dans ces cas, si le parenchyme pulmonaire est intact, les doigts éprouveront une sensation toute particulière d'élasticité, tandis que si le poumon est le siège dans ce point d'une altération qui a rendu son tissu moins souple, on aura la conscience d'une dureté, d'une résistance proportionnée au degré d'imperméabilité de l'organe. Pour moi, toutes les fois que je percute une poitrine, je fais plus attention à cette sensation d'élasticité ou de résistance qu'au son même que j'obtiens. Fréquemment, en effet, dans la pneumonie du sommet lorsque l'altération siège au niveau de la fosse sous-épineuse, il arrive qu'en percutant avec le plus grand soin et comparativement des deux côtés, l'oreille ne peut saisir aucune nuance de son, tandis que les doigts perçoivent de la manière la plus nette, du côté sain une élasticité parfaite, du côté malade une sensation plus ou moins accusée de dureté et de résistance ». (Grisolle, *la pneumonie*).

Tels sont les signes fournis par la percussion au

niveau de l'hépatisation, mais elle en donne parfois aussi d'intéressants dans des points plus éloignés. C'est ainsi, qu'il n'est pas rare dans les pneumonies simples sans complications d'épanchements pleurétiques, de constater sous la clavicule du côté correspondant et jusqu'à la troisième ou quatrième côte, ce *bruit tympanique* particulièrement étudié par Skoda dans la pleurésie. Woillez a prouvé qu'il pouvait précéder les autres signes physiques de la pneumonie. On peut le constater, quoique moins fréquemment, en arrière comme sous la clavicule.

On a voulu expliquer ce skodisme par la complication d'un pneumothorax survenant au cours de la maladie (pneumothorax des pneumoniques). Nous verrons, dans le chapitre suivant, à propos des signes pseudocavitaires, que, dans beaucoup de cas de pneumonies, dans lesquelles ce skodisme sus-claviculaire avait été observé, les autopsies montrèrent qu'il n'y avait pas d'épanchement gazeux, mais seulement des lésions de pneumonie. L'autopsie du malade qui fait l'objet de notre observation n° 2 confirme pleinement les cas précédents de Hudson.

Actuellement, on croit plutôt avec Skoda, pour expliquer ce tympanisme, que le lobe supérieur refoulé et comprimé en haut, soit par l'intumescence du lobe inférieur, soit par un épanchement, donne le son tympanique que rend tout poumon qui est en partie atelectasique.

IV. — AUSCULTATION.

1° *Auscultation de la respiration.* — Quand par suite de certaines altérations pathologiques, le poumon est devenu en totalité ou dans une de ses parties imperméable à l'air, comme c'est le cas dans les hépatisations, il en résulte deux choses : en premier lieu, la partie malade n'est plus le siège des bruits auxquels donne naissance, dans l'état physiologique, la libre entrée de l'air dans les alvéoles ; le murmure vésiculaire est supprimé. En second lieu, le tissu pulmonaire plus compact et plus dense est devenu meilleur conducteur du son, et, au lieu d'étouffer et d'absorber les bruits qui se passent dans les voies respiratoires supérieures, il les transmet, plus ou moins modifiés, à l'oreille de l'observateur qui perçoit alors un *souffle*. (Faisans).

Dans la *pneumonie lobaire*, le souffle tubaire se montre dès le début de la période d'hépatisation, après avoir été précédé pendant deux jours environ par les râles crépitants de la période d'engouement.

Il apparaît au centre même du foyer des râles, et à mesure que ce foyer occupe une étendue plus considérable, il semble écarter les râles et les refouler à sa périphérie. Quand la pneumonie a fini de s'accroître, et que le foyer est complètement hépatisé, les râles disparaissent et le souffle tubaire est pendant quelques jours, le seul signe stéthoscopique que l'on perçoive.

Assez faible au début, le souffle tubaire de la pneu-

monie prend bien vite une grande intensité ; il occupe d'abord les deux temps de la respiration ; mais quand il est bien constitué, il est plus fort pendant l'inspiration.

Tous ces caractères se montrent surtout accusés au centre du foyer de la pneumonie, et ils coïncident avec une matité presque absolue et avec des vibrations vocales exagérées.

2° *Auscultation de la voix et de la toux.* — La respiration bronchique, ou souffle tubaire, n'est pas le seul phénomène qui se produise dans les points des poumons qui sont hépatisés. « Si en effet, dit Grisolle, pendant que l'oreille est appliquée au niveau des parties indurées, on fait parler les malades, on distingue alors un retentissement de la voix dont l'intensité est, comme celle de la respiration tubaire, en rapport avec le degré et avec l'étendue de l'hépatisation ».

Laënnec a donné à ce phénomène le nom de *bronchophonie*. Quand l'hépatisation se complique d'épanchement pleural ou quand il s'agit de spléno-pneumonie, la bronchophonie peut se compliquer d'égophonie ; on a de la broncho-égophonie.

Enfin dans les hépatisations, l'auscultation de la voix chuchotée permet souvent d'entendre la *pectoriloquie aphone*, laquelle se rencontre a dit M. le professeur Potain, chaque fois que l'on entend un souffle, le procédé de Bacelli n'étant qu'un moyen de rendre le souffle plus manifeste.

A la bronchophonie correspond la toux retentissante, bronchique ou tubaire.

3° *Auscultation des bruits anormaux.* — Presque

tous les auteurs qui, depuis Laënnec, ont écrit sur la pneumonie, ont indiqué le *râle crépitant* comme étant le phénomène initial. Cependant Stokes a avancé qu'une respiration puérile précédait la crépitation d'une ou plusieurs heures. Grisolle n'a jamais constaté la respiration puérile comme symptôme initial, comme signe en quelque sorte précurseur de la crépitation.

Au premier jour de la pneumonie fibrineuse, il n'est pas rare d'entendre des râles sonores qui ne font que témoigner de la participation des bronches au processus inflammatoire.

Mais à la période d'engouement pulmonaire, premier degré de la pneumonie, c'est le *râle crépitant* qui est le signe caractéristique, le premier phénomène que l'on peut constater dans la presque totalité des cas.

La matité et l'exagération des vibrations vocales viennent bientôt se joindre à lui et lui donner sa véritable signification. Après un ou deux jours d'existence, le râle crépitant disparaît pour faire place au souffle tubaire ; mais s'il n'existe plus au centre du foyer, on le retrouve sur plusieurs points de sa périphérie, et ce n'est que le quatrième ou cinquième jour, qu'on cesse de le percevoir. Il reparaît ordinairement vers le 8^e jour, indiquant le commencement de la résolution. Mais il a subi quelques modifications : il est moins bref et moins sec ; les bruits qui le composent sont moins serrés et moins égaux ; c'est ce qu'on appelle le *râle crépitant de retour*, le *crepitans redux*. Aussi ce râle existe à la fois dans les deux temps de la respiration et rien ne le distingue plus du *râle sous-crépitant*.

Même avec ses caractères typiques, le râle crépitant n'est pas, comme on l'a dit souvent, pathognomonique de la pneumonie. C'est un des signes fréquents de l'*hyperémie pulmonaire*, aussi bien dans sa forme primitive (congestion pulmonaire, maladie de Woillez) que dans ses formes secondaires (congestions actives péri-tuberculeuses, congestions consécutives à la thoracén-tèse, congestions des femmes enceintes (Faisans).

Le râle sous-crépitant peut aussi indiquer le passage du poumon à l'hépatisation grise comme il indique le début de la résolution; et on ne pourra distinguer, l'une de l'autre ces deux terminaisons si différentes de la pneumonie que par l'état général du malade et par les caractères de l'expectoration.

CHAPITRE III

Présence des symptômes pseudo-cavitaires dans les hépatisations.

On peut voir au cours de certaines pneumonies se produire des symptômes pseudo-cavitaires, en l'absence totale de toute excavation pulmonaire préalable.

OBSERVATION I (personnelle).

Pneumonie grippale gauche. Signes pseudo-cavitaires. Guérison.

D... Elisa, profession de ménagère, âgée de 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 8 octobre 1900, dans le service de M. le Dr Bertheux.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts jeunes ; son père à 45 ans d'une paralysie qui aurait débuté brusquement et aurait entraîné la mort au bout de 15 jours. Sa mère est morte à 32 ans de complications cardiaques au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

La malade a deux frères qui se portent bien. Elle n'a perdu ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels de la malade sont bons.

A 5 ans, rougeole sans complications.

Vers l'âge de 11 ans, elle fit une petite maladie caractérisée par quelques nausées et des palpitations ; elle guérit en trois semaines.

Réglée à l'âge de 13 ans 1/2. La menstruation fut chez elle très régulière et ne cessa qu'il y a deux mois.

Elle s'est mariée à 23 ans et a eu trois enfants. Les deux premiers se portent bien, le troisième est mort à 2 mois 1/2 d'une affection indéterminée.

Ses accouchements ont été très normaux ; suite de couches régulières et rétablissement très prompt.

Son mari, zingueur, d'une bonne santé habituelle, est mort à 32 ans, après avoir entraîné un an et demi une paralysie consécutive à une chute faite d'un deuxième étage. Diagnostic fait à ce moment : myélite.

Notre malade s'est remariée à l'âge de 34 ans, a eu un garçon, qui a 5 ans et est sujet aux bronchites. Le père se porte bien et ne semble pas avoir d'antécédents morbides.

Depuis 5 ou 6 ans, la malade se trouve un peu essoufflée quand elle marche vite ; elle est obligée de se reposer quand elle a monté un ou deux étages, mais néanmoins, cette oppression ne se produisait qu'après de grands efforts. Elle n'a jamais toussé d'une façon habituelle et les quelques rhumes dont elle était atteinte, étaient très passagers.

Le 8 juillet 1900, la malade est soignée à l'Hôtel-Dieu pour une bronchite simple, qui guérit au bout de huit jours et lui permet de reprendre son travail. Mais 12

jours après sa sortie de l'hôpital, elle rentre de nouveau parce qu'elle toussait beaucoup. Le diagnostic fait à ce moment par M. le Dr Bertheux fut « Bronchite avec emphysème ».

Du 20 août, date de sa sortie de l'hôpital, au 15 septembre, la malade se porta très bien ; elle ne toussait plus et dit même avoir engraisé notablement.

La deuxième semaine de septembre fut moins bonne ; la malade se sentit fatiguée, courbaturée, toussait un peu, avait quelques migraines, présentant en somme les symptômes d'une grippe légère. Pas de coryza ni de pharyngite ; l'appétit et le sommeil restèrent assez bons.

Le premier octobre, notre malade en se mettant au lit, fut prise d'un violent point de côté sous le mamelon gauche ; en même temps un fort mal de tête. Elle n'a pas eu un frisson unique comme on l'observe le plus habituellement dans la pneumonie franche, mais une série de petits frissons qui ont duré toute la nuit. Dès ce moment, la malade a eu des envies de vomir, en dehors des accès de toux qui commencèrent à devenir assez fréquents. Toute la nuit du 1^{er} au 2 octobre, elle fut très agitée et ne dormit pas.

Le lendemain matin, 2 octobre, la malade voulut retourner à son travail ; elle essaya pendant quelques heures de faire son ouvrage, mais à midi, elle revint chez elle et garda le lit.

Un pharmacien, consulté, lui donna une purgation, des tablettes de Kermès et un papier Wlinzy.

Pendant toute la semaine, du mardi 2 octobre au lundi 8, la malade resta couchée. Le point de côté très violent, les vomissements, la céphalalgie continuèrent. Dyspnée très

forte et accès de toux violents. La malade cracha abondamment : crachats collants, d'un jaune clair. Elle n'a rendu que deux crachats rouillés, l'un le jeudi 4 octobre vers 5 heures du soir, l'autre le lendemain à la même heure.

Pendant toute la semaine les urines étaient rares et très foncées. Sous les efforts de la toux, la malade avait et a encore des émissions involontaires d'urine.

Le lundi 8 octobre, notre malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Quand nous la voyons le mardi matin, nous la trouvons très fatiguée, en proie à une dyspnée très intense ; elle a 45 respirations par minute, le pouls est à 144 ; la température est de 39°,2. Le lundi soir, elle atteignait 40°,5. La malade tousse et crache abondamment : crachats collants, jaune clair. Facies altéré, grippé. Langue sale, ardoisée.

La forme de la poitrine est normale ; les creux sus et sous-claviculaires sont bien accusés. Pas de déformation thoracique.

La percussion est douloureuse dans tout le côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière ; la matité y est complète dans les 2/3 inférieurs. L'élasticité de la paroi thoracique gauche est plus grande.

La malade parlant très bas, les vibrations thoraciques sont imperceptibles à droite ; à gauche on les sent sous la main.

A l'auscultation de la poitrine, on entend :

En avant et à gauche. — Sous la clavicule, un souffle lointain et des râles crépitants. Après avoir fait tousser la malade, on perçoit quelques râles sous-crépitaents fins.

A la partie inférieure, vers le mamelon, le souffle est plus net ; on entend des râles crépitants.

Sous l'aisselle gauche, même souffle tubaire mais beaucoup plus intense. Râles crépitants et sous-crépitanfs fins.

En arrière et à gauche. — Dans les fosses sus et sous-épineuses, râles crépitants et sous-crépitanfs fins ; dans la fosse sous-épineuse, le souffle est caverneux.

Dans la partie inférieure du poumon, le souffle est tubaire et les râles crépitants.

Si on fait la malade tousser et compter à haute voix, on constate de la bronchophonie dans tout le poumon gauche en avant et en arrière.

Si on fait la malade compter à voix basse, on constate très nettement de la pectoriloquie aphone dans la région où le souffle a le caractère caverneux, et là où les râles sont des bulles à timbre creux, on trouve de la pectoriloquie nette.

L'auscultation du poumon droit révèle des traces de sa bronchite et de son emphysème. En avant et en arrière, au sommet, une expiration prolongée et quelques râles sibilants, puis dans toute l'étendue du poumon droit des sibilances.

Cœur normal. Bruits normaux.

Du côté de l'appareil digestif, langue sale ; les vomissements ont cessé. Pas de constipation.

Pas d'albumine dans les urines qui sont toujours foncées mais plus abondantes.

Mardi : Matin, T. 39°, 2. Pouls 110. Resp. 32.

— Soir, T. 39°, 5. Pouls 120. Resp. 34.

10 octobre. — Notre malade a dormi un peu ; elle est un peu soulagée ; la céphalalgie est un peu moins forte.

A l'examen du thorax, on constate *en avant* et à *gauche* :

Sous la clavicule, à la percussion, diminution de la sonorité, élévation de la tonalité. Dans la partie inférieure du poulmon, submatité très accentuée.

Vibrations thoraciques exagérées à gauche, normales à droite. La paroi thoracique est toujours sensible à la pression et la percussion y est douloureuse.

Auscultation en avant.

A droite. — Murmure vésiculaire fort et rude, puérile, ayant les caractères d'une respiration de suppléance.

Expiration rude avec quelques râles sibilants.

A gauche. — Au-dessus de la clavicule, le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle qui présente les caractères du souffle caverneux.

A la partie inférieure, vers le mamelon, ce souffle est beaucoup moins net.

Immédiatement au-dessous de la clavicule, on entend aussi de gros râles bulleux à timbre creux qui ont tous les caractères des râles caverneux. Nous devons remarquer ici que hier dans cette région, il n'y avait ni souffle, ni râles, ceux-ci étant localisés en avant à la partie inférieure du poulmon. Dans cette région où nous entendons le souffle et les râles caverneux, la pectoriloquie est très nette ; mais la pectoriloquie aphone est moins évidente.

Voilà donc des signes pseudo-cavitaires que nous avons vu se former en 24 heures devant nous.

L'examen du thorax en arrière.

A gauche. — La percussion donne du skodisme dans la fosse sus-épineuse et de la matité dans tout le reste du poumon.

A droite. — Sonorité normale.

Vibrations exagérées à gauche, normales à droite.

L'auscultation, *à droite*, révèle une respiration normale dans la moitié supérieure du poumon, où l'on n'entend comme bruits anormaux, que la transmission du souffle du côté gauche. Dans la moitié inférieure du poumon droit on entend aux deux temps de la respiration des frottements râles très nombreux et très fins.

A gauche. — L'auscultation, dans la fosse sus-épineuse, fait entendre un murmure vésiculaire normal, on entend simplement quelques râles sous-crépitaux fins, et surtout la propagation du souffle sous-jacent.

Dans la fosse sous-épineuse, la submatité s'accompagne principalement dans la moitié externe de la région, d'un souffle caverneux, presque amphorique, et de gros râles muqueux à timbre creux qui ont tous les caractères des râles caverneux.

L'auscultation de la voix donne de la pectoriloquie et de la pectoriloquie aphone.

Au-dessous de cette région et jusqu'à la base du poumon gauche, il y a du *souffle tubaire*, des râles crépitaux et de la bronchophonie.

Mercredi. Matin Temp. 38°1. Pouls 106. Resp. 37.

— Soir Temp. 37°7. Pouls 100, Resp. 37

11 octobre. — En avant, cessation complète des phénomènes cavitaires qui existaient du côté gauche. Le souffle même a disparu et on ne retrouve plus le souffle tubaire qu'au-dessous du mamelon et en avançant l'oreille vers l'aisselle.

Temp. Matin 37°2. Pouls 84. Resp. 39.

— Soir 38. Pouls 100. Resp. 40.

12 octobre. — *En avant à gauche*, il ne persiste que des râles à grosses bulles sous la clavicule. Le souffle tubaire ne s'entend que dans l'aisselle.

En arrière, il semble que les phénomènes pseudo-cavitaires se soient localisés et limités à la partie externe de la région de l'omoplate.

On ne retrouve plus le *timbre véritablement cavitaire* que dans un espace limité, de même que la pectoriloquie aphone.

La pectoriloquie persiste cependant dans la région de l'épaule jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Enbas, le souffle tubaire diminue. Plus de râles crépitants. Les râles qui persistent nombreux ont le caractère de gros frottements, éclatant sous l'oreille.

Temp. matin 37. Pouls 80. Resp. 32.

Temp. soir 37°7. Pouls 86. Resp. 34.

13 octobre. — Skodisme plus marqué sous l'aisselle, en avant.

Temp. matin 37°5. Pouls 80. Resp. 37.

Temp. soir 37°3. Pouls 80. Resp. 40.

14 octobre. — Rien de nouveau.

Temp. matin 36°5.

Temp. soir 36°9.

15 octobre. — *En arrière* la zone pseudo-caverneuse s'est rétrécie et ne se retrouve que directement en arrière de l'omoplate. Mêmes signes à l'auscultation.

A la percussion, le skodisme augmente.

Dans les 2/3 inférieurs, du poumon, diminution du souffle tubaire.

Râles crépitants. de retour dans toute cette hauteur, quand on fait tousser la malade.

En avant, sous la clavicule, en un point très limité, il persiste du skodisme. Quelques râles humides.

Temp. matin 36°,9.

Temp. soir 36°,8

16 et 17 octobre. — Rien de nouveau à signaler, si ce n'est l'hypothermie continue depuis le 14 octobre.

16 octobre, — Temp. matin 36°,1. Temp. soir 36°,9.

17 octobre. — Temp. matin 36°,1. Temp. soir 36°,7.

18 octobre. — Les signes pseudo-cavitaires, persistent en arrière avec tous leurs caractères, au point qu'un doute naît à ce moment et que l'on suspecte la malade de bacillose. L'état général ne s'améliore pas, la malade a des sueurs très abondantes, la nuit surtout ; état asthénique considérable.

L'examen bactériologique des crachats a été fait par M. le Dr Robin chef de clinique de M. le Dr Bertheux. (Nous sommes heureux de le remercier ici de la complaisance qu'il a mise à nous aider, dans ce travail). Un premier examen fait le 11 octobre, montra dans les crachats le pneumocoque de Talamon associé au bacille de Pfeiffer.

A aucun des autres examens, on ne trouva de bacille de Koch dans les crachats.

20 octobre. — Il n'existe plus du tout de souffle tubaire à la base et à la partie moyenne du poumon. Plus de râles sous-crépitants de retour. Il ne persiste donc plus de signes d'hépatisation, sauf à la percussion, une submatité occupant toute la hauteur, mais avec tendance à la sonorité normale. Dans toute cette partie, la respiration a retrouvé son timbre normal, un peu plus fort toutefois et avec une tonalité légèrement soufflante.

Au dessus de la partie moyenne du poumon, dans la région de l'épaule, skodisme léger. Vibrations thoraciques normales.

Les signes cavitaires persistent complètement dans la région moyenne de l'omoplate.

A droite et en arrière. — La respiration est forte, encore supplémentaire. A la base, quelques petits râles muqueux, perceptibles à la toux seulement.

En avant et à gauche. — Sous la clavicule, skodisme très atténué.

Au-dessous, sonorité normale et vibrations thoraciques normales.

Quelques râles muqueux disséminés dans toute la hauteur.

La température reste toujours au-dessous de 37°, avec rémission à 36°, 36° 2, 36° 5, le matin.

Les sueurs nocturnes que présentait la malade depuis sept à huit jours ont diminué sous l'influence d'un granule d'atropine de 1/2 milligramme, administré chaque soir.

24 octobre. — La malade *tousse beaucoup* et se plaint

fortement de son point de côté, lequel n'a d'ailleurs jamais cessé totalement depuis le début de la maladie, malgré la révulsion locale.

La dyspnée est moins grande ; crachats très abondants, aérés.

La toux est quinteuse, presque coqueluchoïde.

A l'auscultation, râles muqueux disséminés dans toute la hauteur en avant. Le skodisme a disparu sous la clavicle, et la sonorité est maintenant normale ou plutôt légèrement atténuée par comparaison avec le côté droit.

En arrière. — La submatité tend vers la sonorité ; toutefois, les signes pseudo-cavitaires persistent toujours dans la région scapulaire moyenne et semblent même occuper une région plus étendue qu'auparavant.

28 octobre. — Point de côté persistant toujours très intense et ne cédant pas à la révulsion. Toux quinteuse, fatigante, sèche, forte et éclatante, aboutissant à une expectoration visqueuse et spumeuse ; mais les crachats n'ont jamais été nummulaires.

L'état général est un peu meilleur ; le sommeil est plus tranquille.

Les sueurs nocturnes ont recommencé dès la cessation de l'atropine.

La malade n'a quitté l'hôpital que le 23 novembre.

Pendant les trois semaines qu'a duré sa convalescence, elle a eu une hypothermie continue. La température maxima a été de 37° ; encore n'a-t-elle atteint 37° que trois fois. Le reste du temps elle oscillait entre 36° et 36°8.

Les signes pseudo-cavitaires ont duré jusqu'au 10 no-

vembre ; ils sont restés localisés à la région scapulaire moyenne,

A sa sortie de l'hôpital, le malade est dans un état général satisfaisant. L'organe respiratoire semble revenu complètement *ad integrum* et l'auscultation de l'endroit où siégeaient les signes pseudo-cavitaires ne révèle plus aucun signe d'inflammation.

OBSERVATION II

Pneumonie grippale gauche, Signes pseudo-cavitaires.
Mort le huitième jour. Autopsie.

B..., Eugène, âgé de 43 ans, profession de manœuvre, entre le 18 mai 1900, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de M. le Dr Bertheux.

Antécédents héréditaires. — Sa mère vit encore, très âgée mais bien portante. Père mort cardiaque. Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Il a eu trois enfants ; deux sont morts, l'un à deux mois, l'autre à 7 mois, de diarrhée infantile, croit-il, mais il n'en est pas sûr.

Un troisième vivant, est un jeune homme de 17 ans, très fort et qui travaille.

Comme antécédents pathologiques, nous ne trouvons rien jusqu'à ces dernières années. Il y a deux ans, il a une pleurésie gauche qui l'hospitalisa pendant un mois. Sa pleurésie a guéri sans ponction, sous la seule influence de la mélication générale, du régime et de la révulsion locale.

Depuis ce temps, le malade parfaitement guéri, dit-il,

s'enrhumait cependant plus facilement et toussait fréquemment.

Toutefois, il n'a nullement maigri ; il a conservé toute sa force musculaire et pouvait fournir une grande somme de travail.

Pas de prédominance de la toux la nuit ; pas de sueurs ; pas de toux quinteuse ou sèche. Pas d'hémoptysies.

Il était maréchal ; il est maintenant fondeur, c'est donner ainsi l'étiologie de ses « refroidissements ». La peau de la poitrine et celle des mains témoignent de son métier par les petites cicatrices blanches dues aux étincelles et la pigmentation par les particules métalliques.

Histoire de la maladie. — Depuis le 9 mai, il se sentait fatigué, courbaturé ; il a eu de la rachialgie, du coryza et de la céphalée. Mais il continua son travail pénible de fondeur, lorsque le mardi 15 mai, il est pris, après un refroidissement, d'un violent point de côté sous le mamelon gauche et d'un frisson intense qui durèrent toute la nuit.

Le lendemain 16 mai, il essaya encore de travailler, mais après deux heures de lutte, il est obligé de rentrer chez lui et de s'aliter.

Il arrive à l'hôpital le 18, au 4^e jour de sa pneumonie.

La dyspnée très intense, le point de côté très violent et le frisson ont été les seuls signes du début. Pas de vomissements, pas de céphalées, pas d'épistaxis.

Quand nous voyons le malade le 18 à son entrée à l'hôpital, nous le trouvons avec une température de 39° 5 ; le pouls à 100 ; il a 40 respirations par minute.

La forme de la poitrine est normale ; peau pigmentée

signalée plus haut. Les creux sus et sous-claviculaires sont bien accusés. Dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, en avant et en arrière, la matité est complète. Vibrations thoraciques exagérées à gauche.

A l'auscultation, dans les 2/3 inférieurs du poumon, en avant et en arrière, souffle tubaire très net. Râles crépitants sur les bords du foyer pneumonique.

On constate de la bronchophonie dans le côté gauche.

A droite, rien d'anormal ; quelques râles sibilants.

Notons qu'à gauche sous la clavicule, la sonorité est normale ainsi que l'auscultation.

Les crachats sont abondants, rouillés :

Température le 18 au soir : 40°,3. Pouls 110. Resp. 40.

19 mai. — Signes stéthoscopiques restent les mêmes.

Crachats très abondants, muco-purulents.

Température matin, 40°,1. Pouls 110. Resp. 44.

Température soir, 40°,6. Pouls 115. Resp. 40.

20 mai. — Pas de modifications dans le bloc pneumonique. Quelques râles sous la clavicule gauche. Etat général mauvais. La maladie prend la forme adynamique.

Temp. matin, 40°,3. Pouls 116. Resp. 50.

Temp. soir, 40°,2. Pouls 120. Resp. 50.

21 mai. — La température a baissé : elle est de 39°,8, le pouls est à 121 ; toujours une dyspnée très intense, 50 respirations par minute.

Le malade ne repose pas ; il se sent plus mal depuis hier soir à 9 heures, moment où il a éprouvé une douleur plus grande et un point de côté nouveau subitement plus intense à gauche.

En percutant en avant, sous la clavicule gauche, nous

sommes frappés de trouver, dans une zone de 6 à 8 centimètres carrés, une sonorité intense, sonorité d'estomac distendu, à tonalité et à timbre plus élevés même. La percussion donnait au doigt une sensation d'élasticité particulière.

Au-dessous de cette zone tympanique, la zone mate des jours précédents persiste.

Vibrations exagérées dans tout le côté gauche, même sous la clavicule où le son est tympanique.

L'auscultation, sous la clavicule gauche, révèle un souffle caveux, des râles muqueux à timbre caveux et de la pectoriloquie.

Au-dessous de ces signes cavitaires et en arrière, dans les 2/3 inférieurs, l'auscultation est la même qu'hier. Le souffle est très rude dans le creux de l'aisselle. Dans la fosse sous-épineuse gauche, on entend la propagation du souffle caveux sous-jacent.

Température soir 39°,9. Pouls 125. Resp. 50.

22 mai. — Le malade est dans un état adynamique et asphyxique très prononcé. La température est de 39°,8 ; le pouls est à 135 ; et il a 55 respirations par minute.

A la percussion, la zone d'hier est devenue submate ; mais elle est sonore encore à une percussion plus forte. Elle semble submate par hypersonorité.

Au-dessous, matité absolue, hydrique.

A l'auscultation. — On a toujours sous la clavicule, le souffle caveux, même amphorique, des râles caveux et de la pectoriloquie aphone.

Au-dessous, en avant et dans tout le côté, encombrement de râles de tout calibre masquant le souffle.

En arrière, souffle rude et venant éclater sous l'oreille au niveau de la pointe de l'omoplate.

Le malade meurt dans la nuit du 22 au 23 mai à deux heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie faite par notre ami H. Dubois, interne de M. le docteur Bertheux(1), en vue des phénomènes cavitaires perçus en avant sous la clavicule, a été absolument négative à ce point de vue.

L'examen minutieux du poumon n'a révélé ni cavernes, ni dilatation des bronches. L'insufflation d'air par la trachée n'a permis de découvrir aucune fissure ou ouverture pulmonaire.

L'aspect de la plèvre est normal dans son tiers supérieur gauche ; pas d'adhérences.

A la coupe, le poumon gauche dans son tiers supérieur, a un aspect violacé et pseudo-œdémateux. Aucune trace de tuberculose récente ou ancienne au sommet du poumon.

Dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche, en avant et en arrière, adhérences pleurales multiples, et plèvre très épaissie. A la coupe, cette partie du poumon présente l'hépatisation grise.

Congestion simple de tout le poumon droit.

Ganglions trachéo-bronchiques légèrement hypertrophiés, mais non ramollis. A la coupe, ils sont rouges.

En présence de signes pseudo-cavitaires au cours d'une pneumonie, à quoi peut-on songer ?

1. Nous tenons à remercier ici notre ami le docteur Henri Dubois de nous avoir aidé dans nos observations.

Est-ce une pneumonie grippale, ou une pneumonie franche lobaire aiguë, ou une tuberculose aiguë à forme pneumonique ?

Est-ce une pneumonie compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique, d'abcès métapneumonique ?

Est-ce une pleurésie interlobaire métapneumonique ou une gangrène du poumon au cours d'une pneumonie ?

Est-ce un pneumothorax survenu chez un pneumonique ?

Telles sont, croyons-nous, les diverses espèces et les différentes complications de pneumonies dans lesquelles on peut voir se produire les signes pseudo-cavitaires.

1° *Est-ce une pneumonie grippale ?* — Au cours des épidémies de grippe, les pneumonies qui surviennent chez des sujets déjà grippés, peuvent se comporter, comme la pneumonie franche lobaire aiguë ; mais dans la plupart des cas, elles ont un début insidieux et leur allure est toute autre. Le point de côté est très intense généralement ; le frisson unique, solennel de la pneumonie aiguë, franche, est remplacé par une série de petits frissons.

La toux est ordinairement forte et éclatante, fréquente et sèche au début avec gêne sous-sternale et douleurs aux attaches du diaphragme, l'expectoration est muqueuse, demi-transparente, puis souvent purulente. Inversement, dans la pneumonie franche, la toux humide dès le début, est petite, faible et grêle ; le malade la retient le plus qu'il peut, en raison du point de côté

qu'elle exaspère. C'est involontairement et à regret qu'il laisse échapper pendant l'expiration quelques petites secousses qui ramènent avec plus ou moins de difficulté, l'exsudat muco-fibrineux, le crachat rouillé caractéristique (Grancher et Bartier).

L'inflammation catarrhale si fréquente dans la grippe, modifie quelque peu les caractères de la pneumonie. L'adénopathie trachéo-bronchique est fréquente.

Les signes pseudo-cavitaires peuvent se trouver dans les pneumonies grippales comme dans les pneumonies franches lobaires aiguës ; mais dans les premières, ils sont plus précoces et surtout ils durent beaucoup plus longtemps. Ils se rencontrent surtout aux sommets et accompagnant la convalescence lente, avec asthénie, sueurs, amaigrissement, des pneumonies grippales, ils peuvent parfois faire porter un pronostic fatal par leur ressemblance avec la tuberculose aiguë. Nous étudierons dans la quatrième partie de notre travail, les moyens qui permettent le plus généralement de faire le diagnostic entre la pneumonie grippale à signes pseudo-cavitaires et les véritables cavernes tuberculeuses.

2° *Pneumonie franche lobaire aiguë.* — Dans la pneumonie franche, les signes pseudo-cavitaires sont rares et appartiennent à la période terminale de l'affection. Ils apparaissent dès que l'exsudat commence à se liquéfier. Le souffle tubaire du début de la période congestive semble dans ces circonstances acquérir une plus grande intensité ; il paraît aussi s'amplifier comme volume et son timbre rude, dur, et un peu aigre du

début, fait insensiblement place au souffle qui semble caveux.

L'illusion se complète encore, lorsqu'apparaissent les râles de la liquéfaction de l'exsudat. Tout d'abord, petits, irréguliers, en bouffées, ils acquièrent dans le même temps que le souffle un volume de beaucoup supérieur au précédent et participent des râles cavitaires par le timbre tout particulier que leur communique le souffle caveux. La bronchophonie peut enfin simuler de son côté la pectoriloquie.

De cette triade, souffle caveux, râles caveux, pectoriloquie peut bien naître facilement l'erreur, si l'on ne tient compte du début de l'affection, de son extrême rapidité, de la nature de l'expectoration, de la disparition graduelle du souffle et des râles (Cassaët, *précis d'auscultation*).

Quand on rencontre le souffle et les râles caveux dans la pneumonie lobaire aiguë, dit M. Faisans, ou bien il s'agit d'un foyer contigu aux grosses bronches dans la région du hile ; ou bien il s'agit d'une pneumonie très étendue en surface et en profondeur, d'une hépatisation totale du poumon. Dans les deux éventualités on peut admettre que les grosses bronches sont comprimées et aplaties sur un ou plusieurs points et qu'elles présentent des inégalités de calibre, suffisantes pour agir de la même manière que des cavités morbides et produire du souffle caveux.

3° *Est-ce une pneumonie tuberculeuse ?* — Une tuberculose aiguë à lésions massives, affectant la forme

pneumonique , affection décrite sous le nom de *pneumonie caséuse* ?

L'établissement des signes cavitaires dans la pneumonie tuberculeuse apparaît rarement avant la 3. ou 4^e semaine. Le plus souvent d'ailleurs, la phtisie aiguë pneumonique se présente à l'observateur avec les apparences d'une maladie primitive ; parfois, aussi, il y a des prodromes et la maladie s'établit insidieusement.

Les signes fonctionnels, au début, sont ceux de la condensation pulmonaire. Le foyer pneumonique tuberculeux siège plus souvent à droite qu'à gauche ; et, contrairement à ce qui s'observe dans la phtisie ulcéreuse commune, la lésion est bien plus fréquente à la base qu'au sommet.

Le foyer pneumonique est mat à la percussion ; les vibrations thoraciques y sont augmentées.

Au début de la maladie, l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants, puis, bientôt, une absence complète du murmure vésiculaire. Cette absence de la respiration est le seul phénomène stéthoscopique perçu pendant tout le temps que la matière caséuse oblitérant non seulement les alvéoles pulmonaires, mais encore les dernières ramifications bronchiques, reste à l'état d'induration. Mais lorsque la matière caséuse se ramollit et qu'il se forme des excavations, alors apparaissent quelques râles humides, sous-crépitants et caverneux ; et quelquefois même, si la caverne est spacieuse, du souffle amphorique.

Dans quelques cas, les excavations sont petites, le souffle caverneux se rapproche du souffle tubaire, et

peut être pris pour ce dernier, de manière à donner l'idée d'une pneumonie franche.

Dans d'autres circonstances, on perçoit un retentissement du bruit trachéal à travers la masse indurée qui simule le souffle caverneux et pourrait faire supposer l'existence d'une excavation.

L'absence persistante de râles humides éloignera l'idée de la caverne.

Il est rare que l'on observe les symptômes cavitaires dans les formes rapides de la pneumonie tuberculeuse ; car le malade meurt souvent vers la deuxième semaine de granulie, avant que son bloc caséeux ait eu le temps de se ramollir.

C'est dans la forme lente que l'on assiste à la fonte du foyer caséeux et à l'établissement des signes cavitaires. En même temps qu'apparaissent les signes physiques, les symptômes fonctionnels et généraux s'aggravent peu à peu. Les crachats sont bientôt mucopurulents, nummulaires. La température à ce moment présente de grandes oscillations irrégulières. Les sueurs, l'amaigrissement, le pouls rapide et très faible, la faiblesse générale, ne manquent guère à cette période qui aboutit le plus souvent à une mort rapide ou peut se transformer en phtisie chronique.

4° *Signes pseudo-cavitaires dans les adénopathies trachéo-bronchiques.* — Presque toujours les inflammations des bronches et du poumon retentissent sur les ganglions trachéo-bronchiques, dans lesquels elles déterminent une inflammation plus ou moins intense, mais qui arrive rarement à la suppuration.

Etudions dans quelles circonstances cette adénopathie trachéo-bronchique peut donner naissance à des signes pseudo-cavitaires.

Les ganglions trachéo-bronchiques, quand ils sont enflammés et hypertrophiés, peuvent comprimer les organes contenus dans le médiastin.

La veine cave supérieure, les troncs brachio-céphaliques veineux, la grande veine azygos, les veines pulmonaires, l'aorte, l'artère pulmonaire, le nerf pneumogastrique, les récurrents, le nerf phrénique, le grand sympathique, les nerfs intercostaux, l'œsophage, tous ces organes peuvent être comprimés par les ganglions trachéo-bronchiques. Mais nous ne nous occuperons que de la compression de la trachée, des bronches et du poumon.

Si la compression exercée sur la trachée et les bronches est légère, l'auscultation permet d'entendre un ronchus trachéal ou bronchique remarquable par sa fixité ; si elle est considérable, elle engendre le cor-nage, le tirage, l'affaiblissement du murmure vésiculaire.

Lorsque la compression est le fait d'une masse solide ganglionnaire qui entoure les bronches, les bruits bronchiques sont renforcés et l'on entend un souffle rude, limité à la région qui va de la pointe de l'omoplate à la colonne vertébrale. *Ce souffle interscapulo-vertébral* a une grande importance pour le diagnostic.

Pendant l'inspiration, il offre quelquefois le caractère du bruit de succion ; il est *humé* (Guéneau de Mussy). Il peut être assez fort pour simuler un souffle

caverneux ou même amphorique. Enfin les râles humides peuvent être assez renforcés pour simuler des *râles caverneux*.

Il est encore une autre circonstance dans laquelle les ganglions trachéo-bronchiques peuvent donner lieu à des signes pseudo-cavitaires.

Quand une masse ganglionnaire, accolée à la paroi de la trachée ou des bronches, suppure à la suite d'une infection secondaire ou primitive, le contenu de ce ganglion altéré peut s'ouvrir dans l'un ou l'autre de ces conduits. Quand le ganglion s'est ainsi vidé de son contenu, il constitue une caverne. On a alors, dans la région du hile du poumon en général, du souffle caverneux, des râles caverneux et même de la pectoriloquie.

Cette suppuration des ganglions trachéo-bronchiques est extrêmement rare, et les signes cavitaires ne s'établissent qu'après le rejet par la bouche de la matière liquide ou caséeuse du ganglion.

La région où l'on entend les signes pseudo-cavitaires dus à l'adénopathie trachéo-bronchique est donc une région toujours rapprochée de la colonne vertébrale. Si les signes pseudo-cavitaires s'entendent à une assez grande distance du rachis, presque toujours leur maximum est très près de la colonne vertébrale.

Enfin, d'autres signes physiques aideront souvent à faire le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique.

A l'inspection, on note parfois une déformation de la région, il y a un soulèvement de la première pièce du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule, surtout du côté droit.

La pression dans les régions malades réveille souvent une sensation pénible ou une douleur véritable.

La percussion donne un son mat au niveau de la tumeur. Guéneau de Mussy, qui a bien étudié cette question des adénopathies trachéo-bronchiques, a bien précisé les « *deux aires de matité* » qu'on observe. Le son est diminué *en avant*, dans la région sternale, au niveau du manubrium, des deux premières articulations chondo-sternales, de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, des articulations sterno-claviculaires et de la partie interne des clavicules (*aire ganglionnaire antérieure*) ; il est diminué encore plus souvent *en arrière*, dans la région scapulo-vertébrale, au niveau des trois premières vertèbres dorsales et de la septième vertèbre cervicale (*aire ganglionnaire postérieure*).

5° *Les signes cavitaires sont-ils dûs à un abcès méta-pneumonique ?* — Les abcès consécutifs à la phlegmasie des poumons sont extrêmement rares ; la pneumonie suppure souvent (hépatisation grise) mais le pus se collectionne bien rarement en abcès. Les travaux de Graves, Laënnec, Trousseau, Grisolle, le démontrent.

Cependant la pneumonie peut se terminer quelque fois par ulcération d'un bloc hépatisé. Il se produit dans ce cas, une suppuration partielle du parenchyme pulmonaire accompagnée d'une destruction limitée de la charpente conjonctive. Il se forme alors un abcès dont le volume peut varier de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule et même davantage. Ces abcès mé-

tapneumoniques se forment parfois très rapidement, au 5^e jour (Woillez) au 12^e jour, parfois plus tard.

Les crachats deviennent purulents et l'évolution clinique, l'état de santé antérieur, la soudaineté du début, les signes stéthoscopiques de la période d'envahissement pulmonaire, sont suffisants d'ordinaire pour empêcher toute erreur et éviter de diagnostiquer une caverne tuberculeuse. L'élimination du séquestre pulmonaire est plus rapide dans le cas d'abcès métapneumonique que dans le cas de fonte caséuse tuberculeuse. Ce n'est d'ailleurs que lorsque la vomique a eu lieu que les signes stéthoscopiques changent et qu'il s'installe des signes cavitaires, du souffle caverneux et de râles caverneux.

On s'appuiera donc, dans le cas d'abcès métapneumoniques, sur les commémoratifs de la maladie et la vomique pour faire le diagnostic et l'étiologie des signes cavitaires.

6° *Est-ce une pleurésie interlobaire métapneumonique ?* — Laënnec avait bien remarqué que cette pleurésie interlobaire était presque toujours suppurée. Avant les travaux de Bayle et de Laënnec, on considérait cette pleurésie enkystée comme un abcès du poumon.

Les causes de la pleurésie interlobaire sont multiples, dit Monsieur le professeur Dieulafoy, mais en premier lieu, il faut citer la pleurésie métapneumonique. Cette variété de pleurésie interlobaire est habituellement insidieuse, presque latente. Elle survient vers la fin de la pneumonie ou après la guérison de la pneumonie.

Elle se termine fréquemment par une vomique, vomique en général tardive, survenant rarement avant le 20^e jour et rarement aussi après la 6^e semaine (Dieulafoy).

C'est après la vomique que la cavité interlobaire suppurée donne naissance à des signes cavitaires.

Quand on trouvera ces signes cavitaires, on aura toujours pour les diagnostiquer et en faire l'étiologie, les commémoratifs de la maladie et les vomiques qui commencent le jour où la pleurésie interlobaire s'est ouverte dans les bronches. Le malade qui ne crachait pas, a rendu en abondance des crachats muco-purulents, fétides et parfois striés de sang, ou il a rendu d'emblée un flot de liquide purulent, une vraie vomique.

7^e La pneumonie peut se compliquer de *gangrène pulmonaire* et présenter également après l'élimination de la partie mortifiée, des signes cavitaires. Mais cette terminaison par gangrène est très rare. Elle peut se produire quand les capillaires d'une portion du poumon oblitérés par compression ou par thrombose cessent de livrer passage au sang. Delà un foyer de nécrobiose qui, dans un organe comme le poumon, exposé à toutes les causes d'infection d'origine aérienne, se transforme presque fatalement en gangrène.

Le foyer de nécrose est ordinairement circonscrit ; et si la mort du malade n'interrompt pas la marche du processus, les parties mortifiées se font jour au dehors, le foyer s'ouvre dans une bronche.

Dans les points où existaient les signes d'une induration circonscrite, apparaissent des phénomènes de

ramollissement ou d'excavation, râles muqueux à grosses bulles, râles cavernuleux ou caverneux, gargouillements, pectoriloquie. Le centre excavé est entouré d'une zone de râles sous-crépitants qui indiquent l'engouement et l'œdème des parties voisines.

L'expectoration fournit les renseignements les plus importants au diagnostic. Au début, les crachats n'ont rien de bien spécial ; ils sont muqueux, teintés de sang, rouillés, parfois formés de sang noir et non mélangé. Avant que le foyer se désagrège, l'expectoration dont l'odeur à ce moment est le plus souvent celle des matières fécales, aura été précédée de la fétidité de l'haleine sur laquelle M. le professeur Dieulafoy a attiré l'attention.

La quantité des crachats varie entre 100 et 200 grammes par jour, elle peut atteindre 500 grammes. Enfin les hémoptysies ne sont pas rares.

8° *Les signes pseudo-cavitaires sont-ils dûs à ce qu'on a appelé le pneumothorax des pneumoniques.*

— L'existence du pneumothorax pneumonique reposait sur la constatation d'un son tympanique à la partie supérieure de la poitrine au-dessus de la matité pneumonique. Graves, Stokes, Durrant ont rapporté des observations dans lesquelles ils ont décrit ce phénomène ; mais leurs malades ont guéri ; il manque donc le contrôle anatomique. Hudson, dans les quatre cas où il avait observé les mêmes signes, put voir à l'autopsie qu'il n'y avait pas d'épanchement gazeux, mais seulement une pneumonie. A l'autopsie du malade qui fait l'objet de notre observation n° 2, notre ami le doc-

teur Dubois ne trouva ni à l'examen du poumon, ni par l'insufflation d'air dans la trachée, aucune trace de fissure pulmonaire. On voit d'ailleurs parfaitement depuis Skoda, que le tympanisme sous-claviculaire n'est pas obligatoirement l'indice d'un épanchement gazeux de la partie supérieure de la plèvre et qu'il existe avec d'autres lésions pulmonaires et pleurales.

M. Galliard, dans son livre sur le pneumothorax, admet deux formes cliniques bien tranchées de pneumothorax compliquant la pneumonie ; l'une *bénigne*, avec ou sans liquide, curable, correspondant à la rupture de vésicules emphysémateuses (*emphysème vicariant*) ; l'autre, *maligne* avec épanchement de liquide (purulent d'habitude) correspondant à la rupture des abcès ou des foyers de gangrène.

Ces deux variétés de pneumothorax s'accompagnent de signes cavitaires, et les cavernes pulmonaires très spacieuses qui fournissent de la sonorité exagérée du souffle amphorique, du tintement métallique et même parfois du bruit de succussion, causent quelquefois de grandes incertitudes au médecin, car il ne faut compter ici ni sur le bruit de pot fêlé, ni sur le gargouillement, ni sur la pectoriloquie, symptômes dont on connaît la valeur pour le diagnostic des cavernes de dimensions moyennes. Ces dernières pourraient faire croire à des pneumothorax partiels. Mais les cavernes immenses, celles qui sont creusées aux dépens de la presque totalité du parenchyme pulmonaire, celles-là simulent admirablement le pneumothorax.

Cependant, en général elles ne fournissent pas un tympanisme sous-claviculaire aussi éclatant que le pneumothorax, le bruit de succussion leur appartient rarement, le bruit d'airain leur est habituellement étranger ; enfin siégeant à gauche, les cavernes ne refoulent pas le cœur ; siégeant à droite, elles ne refoulent pas le foie (Germain Sée).

Pour aboutir à un diagnostic précis, on devra se rappeler que dans les cavernes, les phénomènes amphoriques se développent lentement et non brusquement, que la poitrine est plus souvent affaissée que dilatée, les vibrations thoraciques conservées ou exagérées, les gros râles et les gargouillements plus forts et plus facilement provoqués par la toux, la sonorité thoracique augmente ou diminue suivant que le malade ouvre ou ferme la bouche, ou suivant qu'il fait un mouvement d'inspiration ou d'expiration (Friedreich). En outre, dit M. le professeur Jaccoud, avec les cavernes à phénomènes amphoriques, coïncident le plus souvent les signes d'un ramollissement tuberculeux dans d'autres parties du poumon ou dans le poumon opposé.

Parfois, quand le pneumothorax complique les pneumonies, son diagnostic est assez difficile.

Laënnec, dans son traité de l'auscultation médiate dit, en parlant du pneumothorax : « Le véritable signe
« de cette affection se trouve dans la comparaison des
« résultats obtenus par l'auscultation médiate et parla
« percussion. Lorsque chez un homme dont la poitrine
« résonne mieux d'un côté que de l'autre, on entend

« bien la respiration du côté moins sonore, tandis que
« de l'autre on ne l'entend pas du tout, on peut être
« assuré qu'il est affecté de pneumothorax dans ce
« dernier côté ».

CHAPITRE IV

Diagnostic des pneumonies à signes pseudo-cavitaires.

Nous avons vu que dans certaines pneumonies grippales, les gripes à forme pseudo-phymique, comme dit M. le professeur J. Teissier, de Lyon, les signes pseudo-cavitaires et les allures non franches de la maladie, la convalescence lente, les sueurs persistantes, l'asthénie post grippale pouvaient faire penser à de la tuberculose.

Etudions les symptômes et les signes sur lesquels on peut s'appuyer le plus généralement pour ne pas se tromper et diagnostiquer une caverne tuberculeuse quand il s'agit d'une pneumonie grippale à signes pseudo-cavitaires. Pour aider dans le diagnostic parfois fort délicat, on aura recours aux commémoratifs, à la marche de la maladie, et aux symptômes concomitants.

1° *Commémoratifs.*— La caverne se forme lentement, même dans les cas de phtisie caséeuse à marche rapide, dans les cas de broncho-pneumonies tuberculeuses subaiguës dans lesquelles le processus parcourt avec

une extrême rapidité les étapes qui le conduisent à l'ulcération et à l'excavation pulmonaires, dans la phtisie ulcéreuse qui brûle les étapes, suivant l'expression de MM. les professeurs Grancher et Hutinel, les signes cavitaires apparaissent très rarement avant le premier mois. La broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë débute souvent comme une broncho-pneumonie simple ; mais cependant, quelques nuances symptomatiques attirent presque toujours l'attention : la toux est très intense ; la fièvre, en général très vive, offre des oscillations très marquées ; les sueurs sont extrêmement abondantes ; de plus, la maladie ne se résout pas ; elle se prolonge, et au bout de 15 à 20 jours, les signes du ramollissement et de la formation cavitaire apparaissent.

Dans la pneumonie grippale, les choses se passent bien autrement. La pneumonie, en deux ou trois jours, est formée complètement et le plus généralement, l'aspect du malade, les symptômes fonctionnels et les signes physiques permettent de faire le diagnostic.

Les signes pseudo-cavitaires de la pneumonie surviennent très vite et se révèlent à l'examen en même temps que la phlegmasie est en pleine évolution ; ils peuvent apparaître du 3^e au 9^e jour et c'est du jour au lendemain qu'on les trouve formés, et avec leur symptomatologie complète dès le début.

2^e Marche et évolution des signes cavitaires et des signes pseudo-cavitaires. — Les signes cavitaires vrais sont stables, fixes ; une fois formés, ils vont en augmentant à mesure que les lésions augmentent.

Quand ils disparaissent, dans les cas malheureusement trop rares où un processus fibreux vient à boucher la caverne, leur disparition est lente, très lente.

Avant d'entendre les signes cavitaires vrais, on assiste, pour ainsi dire, à leur formation ; et on peut suivre depuis son premier terme, le râle sous-crépissant sec, le craquement, *le râle tuberculeux* comme l'appellent certains auteurs, jusqu'au moment où la maladie ayant progressé, il devient le râle humide pour aboutir au râle caverneux.

Le souffle caverneux ou amphorique, le gargouillement et la pectoriloquie ont été précédés de la rudesse de l'inspiration avec expiration prolongée, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire et du retentissement de la voix.

Les signes pseudo cavitaires se montrent comme nous l'avons dit, très rapidement ; ils sont très mobiles, changent de région et disparaissent le plus souvent après quelques jours.

On assiste parfois à cette mutation singulière des phénomènes nettement constatés aujourd'hui et disparaissant demain, pour aller se montrer dans une autre partie de la poitrine, souvent même dans la région la plus éloignée de l'autre poulmon.

Cependant, dans certaines pneumonies grippales où la convalescence est lente, le souffle caverneux peut persister pendant quelques semaines et même des mois. Dans ces cas, le diagnostic se fera surtout par l'ensemble des signes fonctionnels et des symptômes concomitants.

3^o *Symptômes concomitants.* — Chez un tuberculeux arrivé à la période des cavernes, les signes physiques s'accompagnent en général d'une aggravation des symptômes fonctionnels et des symptômes généraux.

La toux devient de plus en plus intense, de plus en plus pénible : il faut, en effet, qu'elle expulse les produits abondants de la sécrétion purulente des cavernes et des bronches.

La dyspnée devient habituellement très vive à la période cavitaires, le champ de l'hématose étant fort réduit, non-seulement par les lésions tuberculeuses mais encore par les altérations qui les accompagnent. A la période cavitaires, les crachats peuvent garder les caractères qu'ils présentent à la phase de ramollissement et rester muco-purulents ou purulents et numulaires ; quelquefois, ils prennent une teinte grise et sale qui rappelle l'aspect de la matière pulpeuse contenue dans les cavernes ; ils ont une odeur fade, *sui generis*.

Quelques phtisiques, arrivés à la période cavitaires, peuvent ne point présenter de fièvre ; c'est que la tuberculose a subi un arrêt, c'est qu'elle ne progresse plus, ou bien qu'elle progresse très lentement. Mais dans l'immense majorité des cas, la fièvre s'établit, ou s'exagère si elle existait déjà ; et elle est souvent, comme dans les périodes précédentes, intermittente à accès quotidiens, vespéral ou intermittente à type double quotidien. Elle peut être rémittente avec une chute matinale qui ne ramène presque jamais le chiffre ther-

mométrique normal, mais qui est souvent assez marquée pour qu'il y ait un écart d'un degré et demi à deux degrés entre la température du matin et celle du soir.

Dans l'une et l'autre variété, intermittente et rémittente, le maximum thermique est généralement élevé et atteint 40°.

Il peut y avoir un frisson ou quelques frissonnements au début de l'ascension vespérale et la fin du paroxysme s'accompagne de sueurs abondantes. C'est la *fièvre hectique* des anciens auteurs, la *fièvre de résolution* de M. le professeur Jaccoud.

Enfin pendant que les signes cavitaires s'accusent de plus en plus, le malade entre dans la période de consommation tuberculeuse, période dont le triste tableau est bien connu et que nous ne décrirons pas ici. Le martyr des malheureux phtisiques peut être abrégé par une tuberculose miliaire aiguë, une embolie pulmonaire consécutive à la phlébite et surtout par les hémoptysies due à la rupture des anévrysmes de Rasmussen.

Tout autre est le tableau qui accompagne les signes pseudo-cavitaires des pneumonies grippales. Si la convalescence de ces pneumonies est parfois très lente, s'il y a des sueurs abondantes nocturnes, si la toux est longue à disparaître, s'il existe une asthénie profonde post-grippale bien signalée par M. le professeur Potain, s'il y a de l'amaigrissement considérable et parfois même une atrophie des muscles de l'épaule, (Prof. Teissier), jamais ces malades porteurs de leurs signes pseudo-cavitaires n'ont l'aspect cachectique des phtisi-

ques. La fièvre est nulle en général dans la convalescence de la pneumonie grippale ; il y a plus souvent même de l'hypothermie.

L'hypothermie avec des cavernes tuberculeuses actives est une chose extraordinairement rare si même elle existe.

L'expectoration se tarit rapidement dans la pneumonie ; on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Enfin, le début de l'affection, sa marche, la fièvre pneumonique, la fièvre grippale qui auront accompagné l'apparition des signes pseudo-cavitaires, la notion d'une épidémie de grippe ou même de quelques cas de grippe concomitants permettront le plus souvent de faire le diagnostic de la pneumonie grippale à signes pseudo-cavitaires.

CONCLUSIONS

1° On peut voir se produire, au cours de certaines pneumonies grippales, des signes pseudo-cavitaires.

2° Ces signes pseudo-cavitaires peuvent quelquefois faire penser à des cavernes tuberculeuses à cause des allures non franches des pneumonies grippales dont le début est parfois insidieux, la convalescence très lente, s'accompagnant fréquemment de sueurs abondantes, d'asthénie, de dénutrition rapide et d'amaigrissement.

3° On pourra le plus généralement diagnostiquer les signes pseudo-cavitaires de ces pneumonies grippales, de ces gripes à forme pseudo-phyinique comme dit M. le professeur Teissier, en se rappelant que la caverne tuberculeuse se forme lentement tandis que les signes pseudo-cavitaires s'établissent rapidement, du jour au lendemain.

Les signes cavitaires vrais sont stables, fixes; les signes pseudo-cavitaires, au contraire sont mobiles, changeant de région et disparaissent le plus souvent après quelques jours.

L'expectoration abondante, en général purulente et nummulaire, contenant du bacille de Koch, quand elle accompagne des signes cavitaires vrais, n'a pas les

mêmes caractères et se tarit de très bonne heure dans les grippez à forme thoracique.

On ne voit jamais, chez les malades porteurs de ces signes pseudo-cavitaires, même quand ceux-ci persistent longtemps après la pneumonie, l'aspect cachectique des phtisiques.

Les signes pseudo-cavitaires sont accompagnés d'une température irrégulière mais plus fréquemment d'hypothermie ; tandis que les signes cavitaires vrais s'accompagnent presque toujours d'hyperthermie.

Enfin le début de l'affection, sa marche, la fièvre pneumonique qui auront accompagné l'apparition des signes pseudo-cavitaires, la notion d'une épidémie de grippe ou même de quelques cas de grippe concomitants, permettront le plus souvent de faire le diagnostic de signes pseudo-cavitaires chez les malades atteints de pneumonie grippale.

Vu par le président de thèse

LANDOUZY

Vu par le Doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Laënnec.** — Traité de l'auscultation médiate.
- Grissolle.** — Traité de la pneumonie.
- Barth et Roger.** — Traité d'auscultation.
- Cassaët.** — Précis d'auscultation.
- Faisans.** — Maladies des organes respiratoires. Méthode d'exploration. Signes physiques.
- Landouzy.** — Traité de médecine Brouardel, Gilbert et Girode art. Pneumonie.
- Marfan.** — Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud, art. Phtisie pulmonaire et maladies du médiastin.
- Netter.** — Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud, art. Pneumonie, pleurésie et pneumothorax.
- Debove et Achard.** — Manuel de médecine.
- Jaccoud.** — Pathologie interne.
- Dieulafoy.** — Manuel de pathologie interne.
- Ménétrier.** — Grippe et pneumonie. Thèse de Paris, 1887.
- Huchard.** — Société médicale des hôpitaux, 1890.
- Dechambre.** — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Pneumonie, grippe, tuberculose.
- Galliard.** — La grippe.
- Teissier.** — La grippe, Influenza.

Galliard. — Le pneumothorax.

Guéneau de Mussy. — Cliniques.

Eichhorst. — Traité de diagnostic médical, traduit par
Marfan et Weiss.

Debove et Achard. — Manuel de diagnostic médical.

Sée (G.). — Des maladies spécifiques non tuberculeuses
du poumon.

Faisans. — Bulletin médical, 5 juillet 1892.

Laveran. — De la fièvre dans la grippe. Médecine mo-
derne, 1889-1890.

Talamon. — Grippe et pneumonie. Méd. moderne, 1890.

Jaccoud. — De la pneumonie grippale. Gazette des
hôpitaux de Paris, 1890.

Duponchel. — Pneumonie grippale, Société médicale des
hôpitaux de Paris, 1890.

